Ueber

Peniscarcinome.

Aus der chirurgischen Poliklinik
zu München.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimraths Professor Dr. v. **Nussbaum**

der

medicinischen Facultät zu München

vorgelegt von

Wilhelm Westrum,
pract. Arzt aus Jacobi-Drebber, Provinz Hannover.

MÜNCHEN, 1886.
Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).

Ueber

Peniscarcinome.

Aus der chirurgischen Poliklinik
zu München.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimraths Professor Dr. v. **Nussbaum**

der

medicinischen Facultät zu München

vorgelegt von

Wilhelm Westrum,
pract. Arzt aus Jacobi-Drebber, Provinz Hannover.

MÜNCHEN, 1886.
Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548316_0061

Seinem lieben Bruder **Richard,**

Assistenzarzt am Hospital zu Sydney,

in brüderlicher Zuneigung gewidmet

vom Verfasser.

Herrn Geheimrath Professor Dr. von Nussbaum für die gütige Uebernahme des Präsidiums, wie Herrn Professor Dr. Angerer für die Freundlichkeit, mit welcher er mir die Beschreibung der von ihm operierten Fälle von Peniscarcinom überlassen sowohl, als auch für die Bereitwilligkeit, mit welcher er mich bei der Sammlung des literarischen Stoffes unterstützte, an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank.

Bei dem grossen Interesse, welches die Carcinome, wie für alle Aerzte, so auch zumal für die Pathologen und Chirurgen schon seit langer Zeit haben, kann es nicht Wunder nehmen, dass ihnen so viele Seiten der Literatur gewidmet sind, die nicht nur über die Krebse am menschlichen Körper überhaupt, sondern zum Theil auch über die characteristischen Eigenthümlichkeiten derselben an speciellen Körpertheilen, soweit dieselben bekannt sind, genauen Aufschluss ertheilen. So bringen sie auch ausführliche Angaben über die Peniskrebse und geben ein naturgetreues Bild von ihrem Krankheitsverlauf und den durch sie hervorgerufenen pathologischen Veränderungen, haben aber dann in Werken ihren Platz gefunden, die der grössten Anzahl der sich dafür Interessierenden, den practischen Aerzten schwer oder gar nicht zugänglich sind, während die ihnen zu Gebote stehenden gebräuchlichen Lehrbücher dieselben nur kurz behandeln und daher dem Practiker, der sich über sie genauer orientieren möchte, wohl über manche Fragen keine genügende Auskunft geben werden. Aus dem Grunde, veranlasst durch vier in jüngster Zeit hier in München theils in der chirurgischen Poliklinik, theils in der Privatpraxis von Herrn Professor Angerer operierte und noch nicht publicierte Fälle, die mir zur Verwerthung gütigst überlassen wurden, hielt ich es für nicht werthlos, folgende Abhandlung zu veröffentlichen, die in

Kürze die wichtigsten Fragen bezüglich der Peniskrebse berühren wird. Dieselbe beginnt mit der Aetiologie der genannten Krebse, darauf folgt die Schilderung der durch sie verursachten localen und allgemeinen pathologischen Veränderungen, die ich, da sie characteristisch sind, für den Krankheitsgrad, welchen der Arzt, weil er für die Therapie und Prognose massgebend ist, erkennen muss, zu Bildern gruppiert habe, wie die einzelnen Stadien sie eben entwerfen, sodann ein Wort über die Therapie und Prognose, während die Beschreibung der erwähnten vier neuen Fälle und der mir von ihnen zu Gebote stehenden Präparate den Schluss der Arbeit bildet.

In Conheims Buche der Pathologie lesen wir die Worte: Wenn es irgend ein Capitel in unserer Wissenschaft giebt, das in tiefes Dunkel gehüllt ist, so ist es die Aetiologie der Geschwülste. Uud in der That herrscht wohl über kaum eine medicinische Frage so viel Ungewissheit und Unklarheit als über diese, und haben auch die geistreichsten Hypothesen daran wenig zu ändern vermocht. Daher kann ich auch im Folgenden, das von der Aetiologie der Peniskrebse handeln soll, nicht diese selbst erläutern — sie ist ja nicht bekannt — sondern muss mich mit der Berücksichtigung der Verhältnisse und Facta begnügen, die, weil sie nach vielfacher übereinstimmender Beobachtung vor der Entstehung der Krebse gewöhnlich bestanden oder sich zugetragen haben, als in einem ursächlichen Verhältniss zu denselben stehend angenommen werden. Als solch ein ätiologisches Moment gilt vor allem die Phimose. Nach einer Tabelle Demarquay's in seinem Werke »Maladies chir. du

penis«, auf der er 134 Fälle von Peniskrebs aus der Literatur zusammenstellt, und zwar 59 mit Angabe der causalen Verhältnisse, sind unter diesen 59 Fällen 42 mit Phimose complicierte gewesen. Aehnlich lauten die Angaben von Hey, Roux und andern, während Kaufmann nur in 17% aller Fälle das Bestehen oder das frühere Vorhandensein der Phimose angetroffen hat. Diese Zahlen sprechen doch deutlich für den jetzt wohl allgemein angenommenen Zusammenhang zwischen Phimose und Peniskrebs; und dass derselbe auch wirklich besteht, wird durch viele Beobachtungen noch wahrscheinlicher gemacht, die alle darin übereinstimmen, dass, so oft Peniscarcinome bei jugendlichen Leuten beobachtet wurden, diese auch stets an Phimose litten. Ein solcher Fall wird uns von Meissner berichtet; derselbe schreibt in seinem Resumé über die Peniskrebse: »Das Alter der Patienten betrug 46—60 Jahre, nur einmal 30 Jahr, bei einem Mann mit angeborener Phimose, welche, verbunden mit den davon abhängigen Schädlichkeiten, eine vorzeitige Disposition zum Krebs zu bedingen schien.« Auch sprechen die Angabe von Travers, dass bei Juden, die wegen der an ihnen vorgenommenen Beschneidung an Phimose nicht leiden, Peniskrebse nicht angetroffen werden, indirect für den Einfluss der Phimose auf die Entstehung der Krebse. Denselben haben wir uns folgendermassen vorzustellen: Bei der Unmöglichkeit des Phimotikers, die Eichel gehörig zu entblössen, wird deren Reinhaltung erschwert, in den höheren Graden von Verengerung geradezu zur Unmöglichkeit. So giebt die Phimose Veranlassung zur Anhäufung des Sebums, zu Entzündung der Schleim-

haut, Eicheltrischer, Follicularentzündungen, Excoriationen und Incrustationen, die eine dauernde Entzündung der Eichel und des inneren Blattes der Vorhaut hervorrufen und zu Verwachsungen zwischen beiden führen, die ihrerseits wieder zu entzündlichen Nachschüben Veranlassung geben, sodass also die Phimose die Ursache zu beständigen mechanischen und chemischen Insulten ist, die ja nach den beiden jetzt die meisten Anhänger zählenden Hypothesen auf die Entstehung derselben einen bedeutenden Einfluss haben.

Auf dieselben Hypothesen sind die weiteren ätiologischen Momente, die für die Peniscarcinome angenommen werden, zurück zu führen, nämlich die Verletzungen durch Stoss, Schlag, Quetschung etc. und die Syphilis. Doch sind, was die Syphilis anbetrifft, die Ansichten der Autoren getheilt; während Demarquay, der sie in 59 Fällen von Peniskrebs 10mal nachgewiesen hat, sie zu denselben gerechnet haben will, sprechen ihr Hunter und Ricord jede Zugehörigkeit ab. Weitere Angaben, die für die eine oder andere Ansicht sprechen, habe ich in der Literatur nicht finden können. Anders aber steht es mit den Verletzungen; dass zwischen ihnen und der Krebsbildung ein Zusammenhang besteht, lässt sich aus einer Reihe von Fällen, die sie uns bringt, vermuthen. Der gewichtigste unter ihnen ist der von Dupuytren beobachtete, wo der Krebs eintrat, nachdem der Patient 4—5 Jahre lang an seiner Vorhaut zwei kleine goldene Vorlegeschlösser getragen, die ihm seine Geliebte, um sich seiner Treue zu versichern, anlegte. Auch andere von Autoren beobachtete Fälle sind von Bedeutung; wo es sich aber um blosse Angaben der

Patienten handelt, wie in einem aus der Klinik von Schuh mitgetheilten Falle, wo ein 49jähriger Mann angiebt, dass er vor mehreren Monaten von einem Knaben, mit welchem er das Bett theile, einen Kniee-stoss gegen den Penis erhalten habe, und dass er seit der Zeit das Penisübel habe, oder wie in dem einen später noch zu beschreibenden, aus hiesiger Poliklinik; da wird man dem kein Gewicht beilegen, sondern unberücksichtigt darüber hinweg gehen.

Kurz Erwähnung zu thun wäre an dieser Stelle noch der Heredität, die bei dem Peniskrebs nur in den seltensten Fällen nachgewiesen ist; — von Bruns hat einen Fall beobachtet, wo die Mutter des Patienten an Brustkrebs gelitten haben soll, und in dem Falle »Lindner«, den ich später beschreiben werde, giebt Patient an, dass seine Mutter an Gebärmutterkrebs gestorben sei — wie auch der directen Uebertragung der Peniskrebse durch den wiederholten Contact des Penis mit dem carcinomatösen Muttermund während des Coitus, die nur in einem Falle vom Patienten selbst angenommen wurde.

Besser als über die Aetiologie der Peniskrebse sind wir über die genannten Krebse selbst und über die Erscheinungen, die sie bei den Patienten verursachen, unterrichtet.

Sie machen nach den Angaben verschiedener Autoren 1—3,01 % sämmtlicher Krebse und ungefähr 5,5 % aller Krebse des männlichen Geschlechts aus und kommen zumeist im 6., weniger häufig im 5. und 7. Altersdecennium der Patienten zur Beobachtung, während die übrigen Decennien verhältnismässig nur wenige Fälle liefern. Sie gehen bedeutend am häufigsten

von einer Warze aus, die öfter am Praeputium, und zwar an seiner inneren Fläche, oder an der Umschlagsstelle der äusseren Haut in die Schleimhaut ihren Sitz hat, als an der Eichel; nur in wenigen Fällen wird ein Bläschen oder die Narbe eines Risses oder einer vorhergegangenen Operation als Ausgangspunkt angegeben, ohne dass Patient über den Ort der ersten Entwicklung, und unter welchem Bilde dieselbe vor sich gegangen ist, eine Vorstellung hat. Da sie während der ersten Zeit des Bestehens nicht die geringsten Schmerzen verursachen, werden sie oft von den Patienten, vor allem, wenn Phimose besteht, anfangs ganz übersehen und finden auch keine weitere Beachtung, wenn sie als deutliche Verhärtungen oder Knötchen gefühlt oder als Geschwürchen mit infiltrierten Rändern und Geschwürsboden gesehen werden, unter welchem Bilde in seltenen Fällen die Peniskrebse von Anfang an auftreten, die ihren Ausgangspunkt von einer Narbe nehmen; Kranke in diesem Stadium kommen daher nicht oder doch nur sehr selten in ärztliche Behandlung, und würde ihr Leiden dann auch wohl öfters mit andern Neubildungen oder Residuen von Entzündungsprocessen oder mit syphilitischen Affectionen verwechselt werden; die, welche ärztliche Hülfe aufsuchen, befinden sich fast immer schon in einer späteren Periode der Erkrankung, deren Erscheinungen betreffs der Diagnose wohl nur selten einen Zweifel aufkommen lassen. Da, wo wir vor wenigen Monaten noch vielleicht nur ein derbes Knötchen an der Innenfläche der Vorhaut zu fühlen oder ein linsengrosses, warzenähnliches Gebilde an der Glans zu sehen vermocht hätten, erhebt sich jetzt ein grosser, höckeriger

Tumor, der den grössten Theil des Praeputiums und der Glans einnimmt, die typische Blumenkohlgeschwulst mit zahlreichen feinen, tiefen Spalten, die die Stiele der papillären Wucherung von einander trennen und so der ganzen Masse ein zerklüftetes Aussehen geben. Dieselbe ist von grauweisser Farbe, bietet eine nässende Oberfläche und hat die Tendenz wie zu immer neuem Wachsthum, so aber auch zum Zerfall, so dass wir neben den üppigsten, frischen Wucherungen oft schmierige, breiige Zerfallsproducte, auch flachere oder tiefere Geschwüre wahrnehmen. Je mehr der destructive Charakter der Neubildung zunimmt, ein desto ähnlicheres Bild des gewöhnlichen Krebsgeschwüres bietet sich dar. Die Eichel sieht dann oft wie zernagt aus, oder ist von einem Geschwüre mit umwallten Rändern und höckerigem, schmutzigem Untergrund, der zum Theil von dem abscheulich riechenden Krebssaft bedeckt ist, ganz eingenommen.

Weniger erfolgreich für die Diagnose ist die locale Inspection, wenn ein Phimotiker mit Peniskrebs sich präsentiert. Da sehen wir oft weiter nichts als die entzündlich geröthete, ödematöse Vorhaut und als sehr wichtiges Kriterium den reichlichen Ausfluss des übelriechenden, schmutzigen, oft Bröckeln enthaltenden Secrets, das, wie schon angedeutet, ein characteristisches Product des bestehenden Krebsgeschwüres, neben der Palpation, die eine auffallende Härte und unregelmässige Oberfläche durch die Vorhaut hindurch, die man übrigens in zweifelhaften Fällen spalten soll, erkennen lässt, die Diagnose sehr wahrscheinlich macht. Letztere Untersuchungsmethode sollte auch bei den nicht mit Phimose complicierten Fällen nie unterlassen

werden, zumal wenn sie weniger ausgesprochen sind, wenn eine Ulceration und daher auch jenes characteristische Secret noch nicht oder doch nur kaum bemerkbar vorhanden ist, da sie alsdann im Stande ist, vor einer Verwechslung mit spitzen Condylomen zu bewahren. Während diese letzteren nämlich auf ihrer nicht infiltrierten Basis etwas verschieblich sind, sitzen jene ähnlichen Gebilde des Krebses, von ziemlich harter Consistenz, auf ihrer stark infiltrierten in die Tiefe dringenden harten Basis, wie eine genaue Palpation ergiebt, fest auf. Weitere Erscheinungen machen die Peniskrebse in diesem Krankheitsstadium meist noch nicht; da fühlt man noch keinen nassigen Tumor in der Leistengegend, den die starkgeschwellten, oberflächlichen und tiefen Lymphdrüsen mit einander bilden, nur eine leichte Schwellung der oberflächlichen Drüsen wird man öfters gewahr, auch hat der Patient noch nicht das cachectische Aussehen, das für die Krebskranken im letzten Stadium so characteristisch ist, und sind die subjectiven Symptome des Patienten nicht bedeutend; nur in seltenen Fällen leidet er wegen Verlegung der Harnröhrenmündung an zeitweilig erschwerter Harnentleerung oder klagt über starke Schmerzen, meist sind dieselben unbedeutend, lancierend, von der Eichel nach den Leisten oder dem After ausstrahlend, und nehmen auch auf Druck nur wenig zu, so dass der Kranke oft sich wundert, wenn der Arzt, die Gefährlichkeit des Leidens erkennend; auf möglichst baldige Operation dringt. Und doch muss er dieselbe so schnell wie möglich vornehmen, damit er nicht die Erscheinungen des dritten Krankheitsstadiums erhalte, die ich in Kürze jetzt angeben

will, indem ich mich dabei auf die über das zweite Stadium gemachten Angaben beziehe.

Die ulcerösen Zerstörungen haben weiter um sich gegriffeu und den Penisschaft bedeutend in Mitleidenschaft gezogen, an dem sich umfangreiche, tiefe Geschwüre oft bis zur Wurzel hin zeigen, aus denen zeitweilig Blutungen stattfinden. Die regionären Lymphdrüsen einer Seite, oft beiderseits, die oberflächlichen wie auch die tiefen, sind krebsig infiltrirt, deren erste, stark geschwellt und mit der V. sappena magna oder V. fermoralis oder mit beiden verwachsen, mit den gleichfalls stark intumescierten tiefen Drüsen einen grossen Tumor bilden. Meist fühlt sich derselbe hart an, in seltenen Fällen geht er jedoch in Erweichung und Zerfall über und macht dann wohl den Eindruck eines Rubo, mit dem man ihn auch schon verwechselte und deshalb incidierte. Wo er schon längere Zeit bestanden und in Folge entzündlicher Reizung vielleicht schon aufgebrochen ist, da besteht die Gefahr, dass eine Metastasenbildung auch in innere Organe in Herz, Lungen, Milz etc. stattgefunden hat, so zwar, dass von den krebskranken Drüsen, welche die Wände der mit ihnen verwachsenen Venen durchseucht haben, durch dieselben hindurch Partikelchen in den Blutstrom gelangt sind, die dann die Generalisierung bewirkt haben. Man muss daher in solchen Fällen auch sie zum Gegenstande der genauesten Unsuchung machen, ob sie nicht vielleicht Erscheinungen bieten, die zu der Annahme berechtigen, dass der Krebs sich ihrer bemächtigt hat. Doch nur in seltenen Fällen ergreift derselbe bei primären Peniskrebs die inneren Organe, sodass, wenn dieselben intact erscheinen,

man daraus nicht den Schluss ziehen darf: Der Kranke befindet sich noch nicht im dritten Stadium. Für dasselbe ist ausser den geschilderten Veränderungen am Penis und in der Leistengegend noch characteristisch, dass der Patient über sehr heftige nach der Schenkel- und Lendengegend ausstrahlende Schmerzen klagt, und dass er den Eindruck eines schwer Leidenden mit dem typisch cachectischen Aussehen macht, wodurch erst der Begriff und das Bild des Krebses vollendet wird. Auch wird das Ergriffensein der pars bulbosa und das Auftreten von Harnfisteln und Harnröhrenstricturen beobachtet.

Kurz Erwähnung zu thun, habe ich hier noch einer von Waldeyer beobachteten sehr selten vorkommenden Form des Peniskrebses, der dieselbe nach Kaufmann folgendermassen beschreibt: »Eicheloberfläche und Vorhautinnenfläche ulceriert, die ganze Eichel eingenommen von einem wallnussgrossen, weissen Knoten von weicher markiger Beschaffenheit. Von der Schnittfläche des Knotens entleert sich auf Druck eiterähnlicher, rahmiger Saft. Bei der histologischen Untersuchung findet sich eine ungemein reichliche Infiltration des Stromas mit kleinen Rundzellen, und daneben zeigen die Krebszellstränge öfters exquisite Drüsenschlauchform.«

Ich habe geglaubt vorstehenden Passus wörtlich wiedergeben zu sollen, weil ich in der Literatur sonst nichts über diese Krebsform fand, die vier neuen Fälle mir aber auch kein Material boten, und gehe nun zur Therapie der Peniskrebse über.

Ein Specificum gegen dieselben ist bis jetzt nicht bekannt, wenn auch nach Esmarchs Ansicht, dem

Arsenik, bis zu Vergiftungserscheinungen gegeben, ein gewisser Einfluss auf die Krebsbildung nicht abzusprechen ist. Die interne Behandlung ist daher nur eine rein symptomatische, die aber darum keineswegs ganz ausser Acht gelassen werden darf, da sie von grösster Bedeutung sein kann. So würde es von grosser Unerfahrenheit zeugen, wollte man nicht auf complicierende Krankheiten, die den Zustand des Patienten schwächen, Rücksicht nehmen und dieselben zu beseitigen suchen. Durch das langdauernde Krebsleiden selbst zum Guttheil seiner Kräfte beraubt, würden sie ihn noch weniger geeignet machen, eine Operation, die ihm allein noch Rettung bringen könnte, zu überstehen. Auch ist sie am Platze in allen den Fällen, wo ohne jegliche Aussicht auf Besserung der Kranke auf baldige Erlösung von seinen Leiden hofft. Da ist es gewiss eine angenehme Pflicht des Arztes, des Kranken Schmerzen durch Darreichung von Narcoticitis zu lindern.

Eine Heilung der Peniskrebse kann allein durch Operation, durch eine vollständige Entfernung der Neubildung herbeigeführt werden, und muss sich der Arzt zur Regel machen, dieselbe ohne Verzug, sogleich nach gestellter Diagnose auszuführen, damit ihr Erfolg wegen weiter Umsichgreifens des Processes später nicht zweifelhafter wird. Des Weiteren darf nie ausser Acht gelassen werden, dass, wenn die Ansdehnung der Wucherung genau erkannt und ihre Grenzen festgestellt sind, ein Ctm. weit von denselben entfernt und zwar im Gesunden operirt werden muss, damit ja alles Krankhafte entfernt wird.

Was aber die hier nöthigen Operationen selbst anbetrifft, so theilt man sie nach ihrer Ausdehnung

ein und unterscheidet die wirkliche, vollständige Amputation, die quere Durchtrennung des ganzen Gliedes und die sogenannte partielle Amputation, bei der jene quere Durchtrennung nicht stattfindet, sondern nur die jedesmaligen kranken Partien entfernt werden. Letztere ist nur bei jenen dem Arzte selten zur Beobachtung kommenden Fällen im Stadium des Beginnens, dessen ich im vorigen Theile meiner Abhandlung zuerst gedacht habe, am Platze und besteht in der Circumcision, wenn die von Lisfranc angegebene Probeincision dargethan hat, dass die Vorhaut allein erkrankt ist, aber in der Abtragung der Glans, wenn sie der allein kranke Theil ist, doch muss in beiden Fällen der Beginn des Processes sicher zu constatiren sein und eine Infection weiterer Theile ausgeschlossen, sonst nehme man zur Sicherheit die vollständige Amputation vor, die wir immer machen müssen, wenn wir einen Patienten im zweiten Krankheitstadium vor uns haben. Je nach der Ausdehnung des Krankheitsprocesses wird durch dieselbe bald die Hälfte des Gliedes, bald mehr oder weniger, bald die ganze Pars cavernosa entfernt, in welchem letzteren Falle man von der Exstirpatio penis spricht, die beim Peniskrebs im dritten Stadium, wenn in demselben überhaupt noch operirt wird, Anwendung findet, der dann die Herausnahme der erkrankten Leistendrüsen sich anschliesst, die im zweiten Krankheitsstadium oft nicht nöthig ist, weil die Drüsen oft nicht erkrankt sind.

Die Amputation wird auf blutigem Wege, vermittelst des Messers, oder auf unblutigem Wege, und dann heute wohl nur noch vermittelst galvanocaustischer Schneideschlinge, Ecraseur und Thermocauter vorge-

nommen. Welche von diesen Operationsmethoden zu wählen ist, hängt von dem Zustande des Patienten ab. Ist derselbe schon sehr heruntergekommen, sodass auch der geringste Blutverlust vermieden werden muss, oder ist er schon sehr alt, oder leidet an einem Herzfehler, unter welchen Umständen eine Narkose gefahrvoll ist, so verdient die galvanocaustische oder die Thermocauteroperation, die vollständig unblutig vorgenommen werden können und dem Patienten einen gleichmässigeren, geringeren Schmerz verursachen, als es das Messer thun würde*), den Vorzug, welch letztere, neben allen Vortheilen des ersteren, noch den der Einfachheit und Billigkeit des dabei zu gebrauchenden Instruments für sich hat, dessen Grad der Erwärmung und blutstillende Wirkung, was wohl zu beachten ist, man genau übersehen kann, während sie auch noch ausserdem den Vorzug für sich in Anspruch nimmt, den sie allein mit dem Messer theilt, dass nämlich der Operateur bei ihr jeder Zeit die kranken Partien trotz des Schorfes zu erkennen und zu entfernen im Stande ist. Zu der dritten unblutigen Methode, zu dem Verfahren mit dem Ecraseur, wird man auch in diesem Falle wohl nicht greifen, da sie jenen andern gegenüber keine Vortheile, sonst in vielen Fällen bedeutende Nachtheile bietet, sodass, wer in den unblutigen Methoden einen Vortheil zu erblicken glaubt, die calvanocaustische Schneideschlinge oder besser das Glüheissen gebrauchen möge. Dabei hat er aber für eine gehörige Constriction zu sorgen, ausserdem sorgfältig darauf zu achten,

*) Doch ist zu bemerken, dass bei der Messeroperation, weil sie viel rascher beendigt ist, auch der Schmerz von kürzerer Dauer ist, als bei jenen Operationen.

dass er das Eisen, das nur rothglühend sein darf, nicht zu rasch wirken lässt, da sonst die Operation nur illusorisch eine unblutige ist.

Während nun die Glüheisenoperationen, was zu bewundern, ziemlich selten gemacht wird, kommt jene Schneideschlinge gegenüber allen anderen Methoden in letzter Zeit am häufigsten in Anwendung. Ihrem verbreiteten Gebrauch, wie überhaupt der Anwendung der sogenanten unblutigen Methoden liegt die erfahrungsgemäss ganz ungerechtfertigte Scheu vor gefährlichen Blutungen, die bei der Operation mit dem Messer eintreten, zu Grunde, ungerechtfertigt deshalb, weil sie durch das Ermarchsche Verfahren anch fast vollständig unblutig verläuft, oder tritt eine Blutung ein, nach Lüftung des Schlauches, sie leicht beherrscht werden kann.

Damit ist die Anwenduug der unblutigen Methode, ausgenommen bei jenen oben erwähnten verhältnismässig selten vorkommenden Fällen, wo sie am Platze ist, denn auch verurtheilt und der Messeroperation, welche den Vorzug des fast unblutigen Verlaufs mit jenen gemein hat, ausserdem aber die Vortheile der übrigen zusammen in sich vereinigt, ohne auch an ihren Nachtheilen zu leiden, das Wort gesprochen.

Diesselbe wird in der Narkose, am besten unter Esmarchscher Blutleere nnd strenger Befolgung aller antiseptischen Cautelen vorgenommen. Der Furcht, dass eine nicht genügende Hautfläche zur Vefügung stände, um die Operationswunde hinreichend zu decken, weshalb man künstliche Schnittführungen, wie Zirkelschnitt- und Lappenschnittmethoden und ausserdem noch die Manipulation für nöthig erachtete, dass bei

der Amputation nahe der Eichel die Haut nach der Wurzel des Penis hin, bei der Amputation an der Wurzel dagegen die Haut nach der Eichel zu angezogen werden müsse, ist man jetzt enthoben; man weiss dass bei der Durchtrennung der Haut und Schwellkörper in gleichem Niveau eine gerade hinreichende Hautfläche vorhanden ist. Man macht daher einfach einen Zirkelschnitt, durchtrennt die Schwellkörper, unterbindet die dorsalen Gefässe, die Schwellkörperarterien und grösseren subcutanen Venen, legt einige Catgutnähte durch die Corpora cavernosa nahe an ihrer Schnittfläche, um sich vor einer starken Blutung zu schützen, präpariert die Urethra frei, durchtrennt sie 1 Ctm. weiter nach vorne als die Penisschwellkörper, spaltet sie senkrecht bis ins Niveau der Schwellkörperwunde und vereinigt die dadurch entstandenen Läppchen mit den seitlichen Partien der äusseren Penishaut durch Catgutnähte, legt einen Nelatonkatheter in die Urethra, bringt die äussere Penishaut durch Näthe über den Schwellkörpern fast zur Vereinigung, lüftet den die Blutleere herbeigeführten Schlauch und legt sodann einen Jodoformgaze-Verband an.

Zu erwähnen ist noch, dass auch ohne die Nähte in den Schwellkörpern und der äusseren Penishaut durch die Natur die Heilung der Wundfläche in gleicher Weise stattfindet, jedoch ist jenes angegebene Verfahren vorzuziehen, da es vor Blutungen schützt und eine raschere Heilung herbeiführt.

In manchen Fällen wird sich an die Amputatio penis eine Operation zur Entfernung erkrankter Leistendrüsen anschliessen, die aber dann, da sie sich auf die Wegnahme der oberflächlichen, noch von den

grossen Gefässen isolierten Drüsen, als die allein erkrankten, beschränkt, ein unbedeutender und gefahrloser Eingriff ist.

Anders freilich gestaltet sich diese Operation im dritten Krankheitsstadium, wo sie, wenn überhaupt operativ eingegriffen wird, immer und dann meist doppelseitig vorgenommen werden muss. Da ist sie ziemlich bedeutend und mit mancherlei Gefahren verbunden, da gewöhnlich die V. saphena magna oder selbst die V. femoralis durchschnitten und unterbunden werden müssen, und die Arteria femoralis in Gefahr kommt, durchschnitten zu werden. Alsdann ist aber auch die Amputatio penis nicht mehr ausreichend, weil man dann durch sie nicht alle krankhaften Partien zu entfernen im Stande ist; das kann, wie schon bemerkt, wenn überhaupt, durch die Exstirpatio penis geschehen, durch die eine vollständige Entfernung der Corpora cavernosa penis herbeigeführt wird. Sie wird nach Kaufmann folgendermassen ausgeführt. »Die Penishaut wird an der Wurzel hinreichend im Gesunden durch zwei Ovalschnitte mittelst des Messers umschnitten; von dem unteren Wundwinkel aus trennt ein der Raphe scroti bis ans Perineum geführter Schnitt das Scrotum in zwei Hälften. Durch Vertiefen dieses Längsschnittes wird der hintere Abschnitt des cavernösen und bulbösen Theiles der Harnröhre freigelegt. Indem nun die beiden Scrotalhälften sammt Testes seitlich auseinander gehalten werden, durchtrennt man erst hart an der Symphyse das Lig. suspensorium penis in ganzer Länge, bis die Dorsalgefässe des Penis unter der Symphyse erscheinen, die man unterbindet und durchschneidet. Sodann

werden die Schwellkörper vom Schambogen abgelöst und die Harnröhre vom Unterrand der Symphyse, die darauf vor oder hinter dem Bulbus quer durchtrennt wird. Den kurzen Harnröhrenstumpf schlitzt man in der unteren Mittellinie etwa 2 cm weit und vernäht die Ränder der unteren Harnröhrenwand mit den Hauträndern des Perinealschnittes. Schliesslich wird das Scrotum in der Mittellinie wieder vereinigt und die Wundhöhle drainirt. Jodoformgaze-Verband.«

In der grössten Anzahl der in dieses Endstadium zu rechnenden Fälle von Peniscarcinom ist aber eine Operation überhaupt nutzlos, und deshalb allein die schon erwähnte rein symptomatische Behandlung geboten, es sei denn, dass sich der Arzt durch das Drängen und Bitten des Patienten, den das beständige weitere Umsichgreifen des Processes ängstigt, und der seine einzige Hoffnung auf die Operation setzt, zur Ausführung derselben bewegen lässt, obgleich er sich sagt, dass sie sicher ohne Erfolg ist, und können ihm deswegen keine Vorwürfe gemacht werden.

In dem nun folgenden Theile meiner Arbeit möge die Prognose der Peniskrebse Berücksichtigung finden. Dieselbe ist eine relativ günstige: denn einmal wächst der in fast allen Fällen zur Beobachtung kommende sogenannte papilläre Krebs des Penis langsam und bedroht nicht unmittelbar ein lebenswichtiges Organ, dann aber hat er wenig Neigung zu Metastasenbildung. Meist erst nach monate- oder jahrelangem Bestande werden die Leistendrüsen ergriffen, während eine Verschleppung von dort in innere Organe, die sogenannte tertiäre Metastase, wie schon bemerkt, nur in seltenen Fällen überhaupt je stattfindet. So wurde nach De-

marquay in 112 Fällen von gewöhnlicher Krebsform, die zur Autopsie kamen, keine Generalisation beobachtet. Gleichwohl gehen die Kranken, wenn sie ohne Behandlung bleiben, nach jahrelangem Leiden an Entkräftung oder Verblutung mit Sicherheit zu Grunde

Anders aber steht es um die Kranken, die sich der operativen Behandlung unterwerfen, deren Einfluss bezüglich der Prognose des Leidens, nach Ansicht wohl sämmtlicher Chirurgen, ein zuverlässigerer ist als bei den Krebsen an andern Körpertheilen. Für die, bei denen nur die partielle Amputation des Gliedes nöthig war, ist die Prognose eine sehr günstige, am besten bei blossem Vorhautcarcinom, das nur selten recidiviert und dann die vollständige Amputation erfordert; auch sie giebt bezüglich der Recidive noch eine günstige Prognose, und ist die Operation selbst ja ungefährlich. Ungünstiger schon wird die Prognose in den Fällen, wo neben der Amputation noch eine zweite Operation vorgenommen werden muss zur Entfernung einer einzelnen beweglichen Drüse, wie sie wohl im zweiten Stadium beobachtet wird, die Zahl der Recidive ist dann eine grössere, während in jenen Fällen mit grossen Leistentumoren auf einer oder beiden Seiten eine Radicalheilung wohl nur selten herbeigeführt wird. Da treten, wie die Statistiken zuverlässiger Autoren ergeben, fast stets entweder am Penisstumpfe oder in der Leiste Recidive auf. Doch sind, wie schon bemerkt, im allgemeinen bei Operationen wegen Peniskrebs die Chancen bezüglich der Radicalheilung günstig; und sind wohl auch die Angaben des schon oft citirten Demarquay nicht ganz

zuverlässig, so sprechen doch auch diejenigen anderer verlässiger Autoren für den grossen Erfolg der Operation. So berichtet Thiersch von seinen 8 Operierten über 3 Patienten, dass sie noch nach 4, 6 und 17 Jahren ohne Recidive waren; Rose theilt mit, dass von 6 Fällen 3 vollkommen geheilt und lauten Berichte anderer Autoren ähnlich günstig.

Dass aber die Penisamputation einen ungünstigen Einfluss auf den Geisteszustand der Operirten zur Folge hat, wie vereinzelte wegen weniger in der Literatur verzeichneter Fälle, wo sich der Operierten eine tiefe Melancholie bemächtigt haben soll, glauben befürchten zu müssen, scheint mir doch sehr zweifelhaft zu sein, und können die vereinzelten Fälle, die dafür zu sprechen scheinen, in keiner Weise für beweisfähig gelten, da man den Geisteszustand vor der Operation nicht genau beobachtet hat.

Zu erwähnen habe ich hier noch, dass die Prognose jener von Waldayer beschriebenen, sehr selten vorkommenden Krebsform am Penis viel ungünstiger sein soll als die der gewöhnlichen, da erstere rascher um sich greife und zu Metastasenbildung mehr Neigung zeige als letztere, was namentlich Demarquay beobachtet haben will.

Hiermit beendige ich die Abhandlung über die Peniskrebse und wende mich nunmehr zur Beschreibung der angekündigten vier Fälle.

I. Fall.

Sylvester S . . ., 49 Jahr alt, lediger Bauersknecht aus Atting, erschien am 13. Juli 1886 in der chirurgischen Abtheilung der Poliklinik zu München

Anamnese. Patient will nie an einer erheblichen Krankheit gelitten haben und stellt er, syphilitisch inficirt gewesen zu sein, besonders in Abrede, seine Eltern und Geschwister sollen ebenfalls gesund gewesen sein.

Anfang Februar bemerkte Patient zuerst das Vorhandensein eines ungefähr haselnussgrossen, derben Knotens in der Vorhaut, der, wiewohl Patient auf ärztliche Anordnung hin äusserlich und innerlich dagegen gebrauchte, ziemlich schnell an Grösse zunahm und nach 6 Wochen geschwürig zu zerfallen begann. Die Ulceration hat in der letzten Zeit rasche Fortschritte gemacht, und ist das seitdem reichlicher gewordene Geschwürssecret äusserst übelriechend. Starke Schmerzen will Patient noch nicht gehabt haben, und sollen weder Geschwürsblutungen stattgefunden, noch Störungen in der Harnentleerung je bestanden haben, auch will Patient keine Veränderung in seinem Allgemeinbefinden wahrgenommen haben; sein Leiden führt er auf eine Verletzung, die er sich durch einen fallenden Baumstamm zugezogen, zurück.

Status praesens. Patient ist von ziemlich kräftigem Körperbau mit mittelmässig starker Muskulatur. Brust breit, gut gebaut, bei Percussion und Auscultation nichts Abnormes, Verdauung normal, Harnentleerung spontan. An den Genitalien bemerkt

man folgende Veränderungen: Der ganze Sulcus coronar. ist von einem ringförmigen, tiefen Geschwüre eingenommen, dessen Ränder theils aufgeworfen und derb infiltrirt, theils wie zerfressen und unterminiert erscheinen, der vielfach zerklüftete Geschwürsgrund ist von dem übelriechenden milchähnlichen Secret bedeckt. Praeputium und Frenulum sind durch den Ulcerationsprocess fast vollständig zerstört, die Glans, wie die Umgebung des Ulcus fühlen sich hart an. Inguinaldrüsen beiderseits haselnussgross geschwellt. Der linke hühnereigrosse Hoden zeigt Fluctuation, der Versuch der Punction ist negativ.

Da unzweifelhaft ein Peniscarcinom vorlag, so wurde gleich Tags darauf, am 14. Juli, die Amputation des Gliedes an der Wurzel in beschriebener Weise vorgenommen. Patient befand sich nach der Operation, wie auch die späteren Beobachtungstage über wohl, und erfolgte die Urinentleerung ohne Beschwerden. Am 17. Juli wurde der Katheter entfernt, und am 19. Juli erfolgte die Entlassung des Patienten. Am 5. November war Patient wieder auf der Abtheilung, ein Recidiv ist bis jetzt nicht eingetreten.

II. Fall.

Lindner Mathias, 50 Jahre alt, Wagner aus Kinding, wurde am 1. October 1886 in der chirurgischen Poliklinik aufgenommen.

Anamnese. Patient bestreitet, je syphilitisch inficiert gewesen zu sein, überhaupt an einer nennens-

werthen Krankheit sonst schon gelitten zu haben und giebt an, dass seine Angehörigen, seine Mutter ausgenommen, die lange an einem Gebärmutterkrebs gelitten habe und an demselben auch gestorben sei, immer gesund gewesen seien.

Vor 3 Jahren nahm Patient zuerst das Vorhandensein eines linsengrossen, ziemlich derben Knotens im Dorsaltheile des Sulcus coronar. wahr, derselbe wuchs langsam und ohne besondere Erscheinungen bis Anfang 86, wo Patient durch einen fallenden Baumstamm eine Quetschung erlitt, die heftige Entzündungserscheinungen am Penis und ein schnelles Wachsthum des Tumors veranlasst haben soll; auch will Patient 8 Tage nach erlittener Verletzung mehrere Male bemerkt haben, dass er Blut aus der Harnröhre entleerte. Patient wurde sodann dreimal, das letzte Mal vor 7 Wochen, operiert, jedoch ohne Erfolg.

Status praesens. Patient hat über ziemlich heftige Schmerzen zu klagen, und macht er den Eindruck eines Leidenden. Eine Störung in der Harnentleerung besteht nicht, und sind von Seiten der inneren Organe keine pathologischen Veränderungen zu constatieren.

Der Penis, in Folge der schon an ihm vorgenommenen Operationen verkleinert (ca. 4 cm lang), ebenso die Glans; dieselbe ist nach rechts unten gerichtet und an ihrer oberen und den seitlichen Flächen von einem Geschwür mit derben, unregelmässigen, wallartigen Rändern und mit theils granulierendem, theils necrotisch zerfallenem Geschwürsgrund eingenommen, das, thalergross, sich über $^3/_4$ des Sulcus coronar. noch mit-

erstreckt und ein dünnflüssiges, übelriechendes, eiterähnliches Secret absondert. Die oberen und seitlichen Partien des Praeputiums sind schon ganz zerstört, nur in der Gegend des Frenulum, entsprechend dem intacten Viertheil des Sulc. coronar., befinden sich noch stark geschwellte Reste desselben, die Inquinaldrüsen sind rechts leicht geschwellt.

An demselben Tage noch wurde die Amputation des Gliedes an der Wurzel vorgenommen, die Extirpation der Drüsen aber unterlassen, da Patient durch den schon lange bestehenden Krankheitsprocess schon sehr geschwächt war. Am Tage nach der Operation, am 2. October, klagte Patient über Schmerzen an der Wunde, die jedoch bald nachliessen, am 4. October wurde der Katheder entfernt, und am 9. October wurde Patient entlassen. Wie es jetzt um ihn steht, konnte ich nicht in Erfahrung bringen.

III. Fall.

G . . ., 55 Jahre alt.

Anamnese. Patient will seit den letzten Jahren an einem reichlichen Ausfluss aus dem Praeputialsack leiden; dass derselbe gonorrhocischer Natur sei, bestreitet er, wie er auch entschieden in Abrede stellt, je luetisch inficiert gewesen, was man ihm zu glauben auch Grund hat. Ende Januar dieses Jahres fiel dem Patienten neben der schon bestehenden Schwellung der Vorhaut, die nicht hinter die Eichel zurückgestreift werden konnte, da congenitale Phimose bestand, ein

erbsengrosser, harter Knoten auf, der stetig wuchs und dem behandelnden Arzte Ende März Veranlassnng gab, die Vorhaut zu spalten. Dadurch trat folgende Veränderung zu Tage.

Status praesens. In der Coronarfurche, oben und seitlich rechts, zeigt sich ein kraterförmiges, induriertes Geschwür von der Grösse eines Zwanzigpfennigstückes. Weitere Veränderungen lassen sich am Penis nicht bemerken; was aber den Patienten im allgemeinen anbetrifft, so fällt sein schlechter Ernährungszustand und sein anämisches Aeussere sehr auf, und bemerkt man eine hochgradige Kypho-Scoliose. Am 2. April erfolgte die Amputation des Penis auf gleiche Weise wie in den beiden beschriebenen Fällen, da es sich nur um Carcinom handeln konnte. Das Befinden des Patienten war nach der Operation normal, und erfolgte eine rasche Heilung der Operationswunde. Zu seiner Erholung ging dann Patient Ende April nach Gries, und als er Ende Mai von dort zurückkam, war bereits eine diffuse, harte Schwellung am Bulbus bemerkbar, während die Amputationsfläche nichts Auffallendes bot. Zu jener Schwellung, die rasch zunimmt, und die Form einer Knolle angenommen hat, hat sich jetzt auch eine solche der Inguinaldrüse hinzugesellt, und beobachtet man ausserdem Abscesse am Scrotum.

Dass wir es in diesem Falle mit einem Reciediv zu thun haben, ist zweifellos, und sprechen das rasche Umsichgreifen des Processes und der traurige Zustand des Patienten für dessen baldiges Unterliegen.

IV. Fall.

J. Müller, 50 Jahre alt, von kräftigem Körperbau und gesundem Aussehen, will früher immer gesund und luetisch nicht inficirt gewesen sein. Eine hereditäre Belastung ist nicht nachzuweisen.

Ungefähr drei Monate vor der Operation, die im Februar ds. Js. ausgeführt wurde, will Patient zuerst das Vorhandensein einer Geschwulst unter seinem angeborenen phimotischen Praeputium bemerkt haben, der er jedoch erst weitere Aufmerksamkeit schenkte, als sie stetig wuchs. Der deshalb consultierte Arzt veranlasste ihn, sich der bei ihm nothwendigen Operation in München zu unterziehen, wo denn auch die Amputation des Penis in gewöhnlicher Weise vorgenommen wurde. Seit derselben, der eine Nachblutung folgte, die jedoch schnell gestillt wurde, fühlt sich Müller wohl und führt er auch den Beischlaf aus. Ein Recidiv ist bis jetzt nicht zu beobachten.

Von den Präparaten, die durch die in diesen vier Fällen vorgenommene Operation gewonnen wurden, stand mir leider nur eins zur Verfügung, das, in Alcohol gehärtet, ein treues Bild von den im zuerst beschriebenen Falle bestandenen pathologischen Veränderungen am Penis darbot. Vom Praeputium und Frenulum war fast nichts mehr zu sehen, am Sulcus coronarius bemerkte man grosse Substanzverluste, die von einem ringförmigen, tiefen Geschwüre herrührten, die Glanz bot dem blossen Auge keine Veränderungen dar.

Zur mikroscopischen Untersuchung dieses Präparats dienten senkrechte, und zwar sagittale, wie frontale Schnitte durch die krebsigen Partien im Bereich des Sulcus coronarius. Dieselben, in Hämatoxilin gefärbt, liefern ein treffendes Bild von dem vorliegenden pseudoplastischen Vorgange am Penis; dasselbe möge hier noch in aller Kürze und nur in seinen Hauptzügen eine Erklärung finden.

Schon bei schwacher Vergrösserung unterscheidet man in ihm zwei unter einander ganz verschiedene Hauptgewebsbestandtheile, deren einer aus cylindrischen, keulenartigen, unter einander anastomosierenden Figuren besteht, die meist der Länge nach vom Schnitt getroffen sind und also mit ihrer Längsaxe senkrecht zur Längsaxe des Penis gerichtet sind, deren andere die ziemlich sparsame Stützsubstanz ausmacht, die in ihren Lücken jene eben beschriebenen, genau in sie hineinpassenden und für den Krebs characteristischen Figuren aufnimmt. Dieselben erweisen sich bei Anwendung von stärkerer Vergrösserung als aus grossen, bald mehr runden, bald mehr eckigen Epithelzellen mit runden oder ovalen Kernen zusammengesetzt.

Andere zellige Gebilde kommen im Stützgewebe, dem Stroma des Carcinoms, zum Vorschein, und zeigen dieselben theils eine runde, theils eine spindelförmige Gestalt; hier auch bemerkt man einige ziemlich klaffende Gefässe, die meist mit Blut gefüllt erscheinen, sonst aber keine Eigenthümlichkeiten zeigen. Jene Rundzellen dürften als ausgewanderte, weisse Blutkörperchen betrachtet werden, während die spindelförmigen Gebilde Bindegewebskörperchen darstellen. Andere Ele-

mente vermag man im Stroma nicht zu erkennen; dasselbe nimmt nun jene verzweigten, unter einander anastomosierenden Gebilde in sich auf, welche aus den oben beschriebenen Epithelzellen bestehen, die, concentrisch angeordnet, jene geschichteten Zellplatten darstellen, welche besonders für den Hautkrebs so characteristisch sind.